राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तथा महिलाओं का स्वास्थ्य: एक समाजशास्त्रीय अध्ययन

(आगरा जनपद के विशेष संदर्भ में)

समाजशास्त्र में पी-एच. डी. उपाधि की आंशिक पूर्ति हेतु

प्रस्तावित रूपरेखा

शोधार्थिनी

कु.आरती

शोध निर्देशक

डॉ. परविन्द्र कुमार

समाजशास्त्र एवं राजनीति विज्ञान विभाग, समाज विज्ञान संकाय

दयालबाग एजुकेशनल इंस्टीट्यूट (डीम्ड टू बी यूनिवर्सिटी)

दयालबाग, आगरा - 282 005

2024

प्रस्तावना (INTRODUCTION)

किसी भी देश के वास्तविक विकास की प्रक्रिया का आकलन वहां के नागरिकों को मिलने वाली बुनियादी सुविधाओं व आवश्यकताओं की पूर्ती से है। मानव जीवन की मूलभूत आवश्यकताओं जैसे- भोजन, आवास और वस्त्र आदि में से स्वास्थ्य भी एक हैं। वस्तुतः किसी भी देश का सामाजिक, आर्थिक तथा सांस्कृतिक विकास एवं संपन्नता नागरिकों की मूलभूत सुविधाओं के अभाव में संभव नहीं है, क्योंकि किसी भी देश के नागरिकों की मूल आवश्यकताएं जैसे भोजन, जल, आवास, रोजगार, शिक्षा और स्वास्थ्य अमूल्य निधि होती है। स्वतंत्र भारत के प्रारंभिक नियोजन में स्वास्थ्य को प्राथमिकता वाला क्षेत्र माना गया है तथा स्वास्थ्य के लिए जन स्वास्थ्य सुविधाओं के सुदृढीकरण, जागरूकता, महिला एवं बाल विकास तथा जनसंख्या नियंत्रण संबंधित योजनाओं पर विशेष ध्यान दिया गया है। जन स्वास्थ्य के सभी विषयों का उद्देश्य निवारण के समुचित प्रबंध पर व्यापक जागरूकता का प्रसार करना भी है जैसे- स्वच्छता, पर्यावरण पोषण, महिला एवं शिशु कल्याण, संचारी एवं संचारी रोगों की रोकथाम आदि से संबंधित विषय इसमें शामिल है। आज विश्व के सभी विकसित और विकासशील देश के लिए अपने नागरिकों को उच्च स्तर की स्वास्थ्य सेवाएं उपलब्ध कराने के लिए प्रयासरत है। भारत जैसे देश में स्वास्थ्य सेवाओं पर व्यय कुल सकल घरेलू उत्पाद का 2.1 प्रतिशत (2022-23) है जो अन्य देशों की तुलना में बहुत कम है।

भारत जैसे विकासशील देश के जन स्वास्थ्य के लिए कुपोषण भी एक बड़ी गंभीर समस्या है। महिला एवं बाल विकास मंत्रालय (2023) के द्वारा भारत में 5.6 करोड़ बच्चों में से 2.6 प्रतिशत बच्चे गंभीर रूप से कुपोषित हैं। मातृ मृत्यु दर देश में स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता के महत्वपूर्ण संकेतकों में से एक है। भारत ने पिछले दो दशकों में मातृ मृत्यु को कम करने में प्रगति की है। 1990 में, भारत में मातृ मृत्यु अनुपात (एमएमआर) बहुत अधिक था, प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर 600 महिलाओं की बच्चे के जन्म के दौरान मृत्यु हो जाती थी, जिसका तात्पर्य था कि प्रत्येक वर्ष लगभग डेढ़ लाख महिलाओं की मृत्यु हो जाती थी। उस समय भारत वैश्विक मातृ मृत्यु में 27 प्रतिशत का योगदान देता था। इसके विपरीत, नवीनतम Sample Registration system के अनुसार, 2011 में भारत में एमएमआर घटकर 178 प्रति

लाख जीवित जन्म हो गया है। वैश्विक मातृ मृत्यु में भारत का योगदान अब केवल 20 प्रतिशत है। इसकी तुलना में भारत में 1990 से 2011 के बीच 70% की गिरावट दर्ज की गई है (Maternal Health & Programme Annual Report 2013-14)। भारत में कुल प्रजनन दर (TFR) 2011-15 में 2.5, 2016-2020 में 2.13, 2021-2025 में 1.99 है (Ministry of Health and Family Welfare, report of the technical group on population Protection, 2020)। मातृ मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर 2014-16 में 130, 2015-17 में 122, 2016-18 में 113, 2017-19 में 103, 2018-20 में 97, 2023-24 आदि में उत्तरोत्तर कमी देखी गई है (Ministry of women & Child Development, 2022)। उत्तर प्रदेश की वार्षिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण 2012-13 के अनुसार उत्तर प्रदेश में मातृ मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर 2001-02 में 517 से घटकर 2012-13 में 258 और 2018-20 में 167 है। यूपी में मातृ और शिशु मृत्यु दर दोनों में गिरावट आई है। भारत में एनीमिया के कारण प्रसव के समय होने वाली शिशु मृत्यु दर 1000 प्रति जनसंख्या पर 44 है। शिशु मृत्यु दर प्रति एक लाख जीवित जन्मों पर 2015 में 36.249, 2016 में 34.833, 2017 में 33.416, 2018 में 32, 2019 में 30.924, 2020 में 29.848, 2021 में 28.771, 2022 में 27.695, 2023 में 26.619 है (Sample Registration system of Registrar General of India)। **लिव वेल एंड स्टे हेल्दी: लाइफस्टाइल इज ए पॉवरफुल मेडिसन (2022-23),"** भारत में 51% महिलाएं मासिक धर्म की अनियमितता, पॉलीसिस्टिक ओवरी डिजीज (PCOD), हाइपोथायरायडिज्म, यूटीआई और फाइब्रॉयड, मधुमेह और बांझपन जैसी स्वास्थ्य समस्याओं से जूझ रही है। प्रस्तुत तथ्य एवं आंकड़े भारत की निराशाजनक स्थिति को दर्शाते हैं। भारत में सामाजिक राजनीतिक एवं प्रशासनिक कारणों से स्वास्थ्य सेवा का क्षेत्र असंतुलित रहा है।

भारत में स्वास्थ्य एवं स्वास्थ्य संरक्षण प्रणाली

स्वास्थ्य प्रत्येक व्यक्ति का एक मूलभूत अधिकार है, प्रत्येक देश का यह दायित्व है कि वह अपने सभी नागरिकों के

स्वास्थ्य की समुचित देखभाल करें। (व्यास और शर्मा, 2013)। वर्तमान समय में स्वास्थ्य कार्यक्रमों की रूपरेखा विश्व स्वास्थ्य संगठन (WHO) द्वारा बनाई जाती है, डब्ल्यूएचओ की स्थापना 7 अप्रैल 1948 को हुई थी। जिसका मुख्यालय जिनेवा, स्विजरलैंड में स्थित है । अतः प्रति वर्ष 7 अप्रैल को विश्व स्वास्थ्य दिवस के रूप में मनाया जाता है, संगठन द्वारा प्रतिवर्ष जन स्वास्थ की किसी चयनित समस्या के निदान को लक्ष्य बनाकर संपूर्ण विश्व को एक लक्ष्य नारा दिया जाता है और प्रत्येक वर्ष एक विशेष सार्वजनिक स्वास्थ्य चिंता पर विषय केंद्रित होता है "सभी के लिए स्वास्थ्य" जो इस वर्ष (2023) का विषय था। जिसके अंतर्गत डब्ल्यूएचओ ने अपनी 75वी वर्षगांठ मनाई। इस संगठन का व्यापक उद्देश्य समस्त मानव जाति को सर्वोच्च स्तर का स्वास्थ्य प्राप्त करना है। स्वास्थ्य किसी देश के सामाजिक, आर्थिक विकास का एक महत्वपूर्ण संकेतक है। यह मानव विकास सूचकांक (HDI) के मुख्य घटकों में से एक है। देश की प्रगति के लिए स्वास्थ्य आवश्यक तत्व है। सामाजिक-आर्थिक विकास के लिए संसाधनों की दृष्टि से लोगों के स्वास्थ्य से अधिक महत्वपूर्ण कारक कुछ नहीं हो सकता। इसके बावजूद भी ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों के पास आधुनिक चिकित्सा और स्वास्थ्य देखभाल जैसे सुविधाओं का अभाव है, इसी के परिणामस्वरूप बीमारियों से रुग्णता और मृत्यु दर की उच्च दर होती है (गोयल,1980)।

महिलाओं की स्वास्थ्य स्थिति-

प्रत्येक महिला का प्रजनन स्वास्थ्य परिवार, समाज और देश की रीढ़ होती है। प्रजनन स्वास्थ्य महिलाओं के सामान्य स्वास्थ्य का एक अभिन्न अंग है, इसके लिए विशिष्ट समय और परिस्थितियों के दौरान अतिरिक्त ध्यान और सावधानियों की आवश्यकता होती है (शखुजा, 2008)।

जॉन बेकल के अनुसार "प्रजननशीलता जीवित जन्म की संख्या पर आधारित जनसंख्या की यथार्थ स्तर पर की क्रियाविधि है।"

- भारत में महिलाओं और बच्चों का स्वास्थ्य चिंता का विषय है जहाँ उनमें से आधे से अधिक एनीमिक या रक्त की

कमी की शिकार हैं और उनका एक बड़ा भाग कुपोषण से पीड़ित है।

- राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण-5 के अनुसार किशोर बालिकाओं में एनीमिया की स्थिति वास्तव में 54% (2015-16) से बढ़कर 59% (2019-21) हो गई है। ये समस्याएँ कम आयु में विवाह, किशोर गर्भावस्था और असुरक्षित गर्भपात जैसी सामाजिक-सांस्कृतिक कारक घनिष्ठता से संबंधित हैं।
- इसके अलावा अधिकांश घरेलू काम महिलाओं द्वारा किये जाते हैं, वे लिम्फैटिक फाइलेरियासिस जैसे उपेक्षित रोगों (NTDs) जैसे खतरों का अधिक सामना करती हैं। प्रायः वे समय पर स्वास्थ्य देखभाल भी प्राप्त नहीं करतीं और पति या अभिभावक की इच्छा के अधीन बनी रहती हैं।

भोरे समिति, 1946 (स्वास्थ्य सर्वेक्षण एवं विकास समिति), (संशोधन 1947)

↓

मुदालियर समिति,1962 (स्वास्थ्य सर्वेक्षण और योजना समिति)

↓

चड्ढा समिति, 1963 (राष्ट्रीय मलेरिया उन्मूलन)

↓

मुखर्जी समिति, 1965

↓

जुगवाला समिति, 1967)

↓

करतार समिति, 1973 (स्वास्थ्य व योजना के अधीन बहुउद्देशीय समिति)

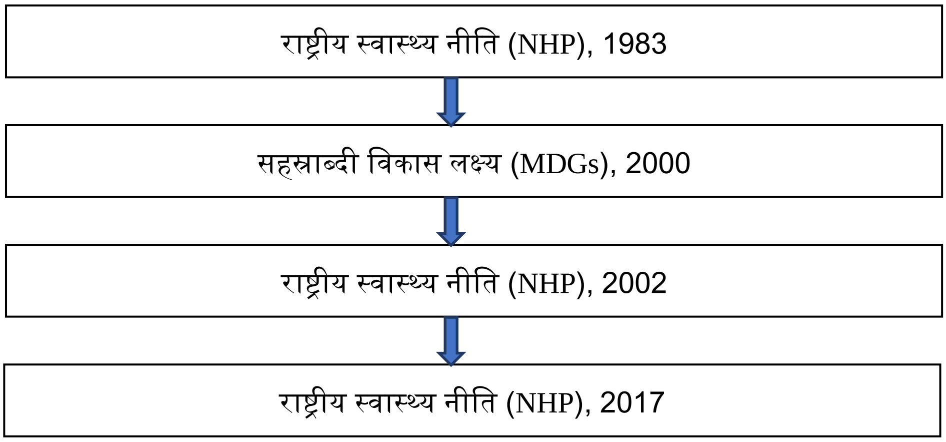
↓

श्रीवास्तव समिति, 1974

↓

बजाज समिति, 1986 (स्वास्थ्य जनशक्ति योजना उत्पादन और प्रबंधन समिति)

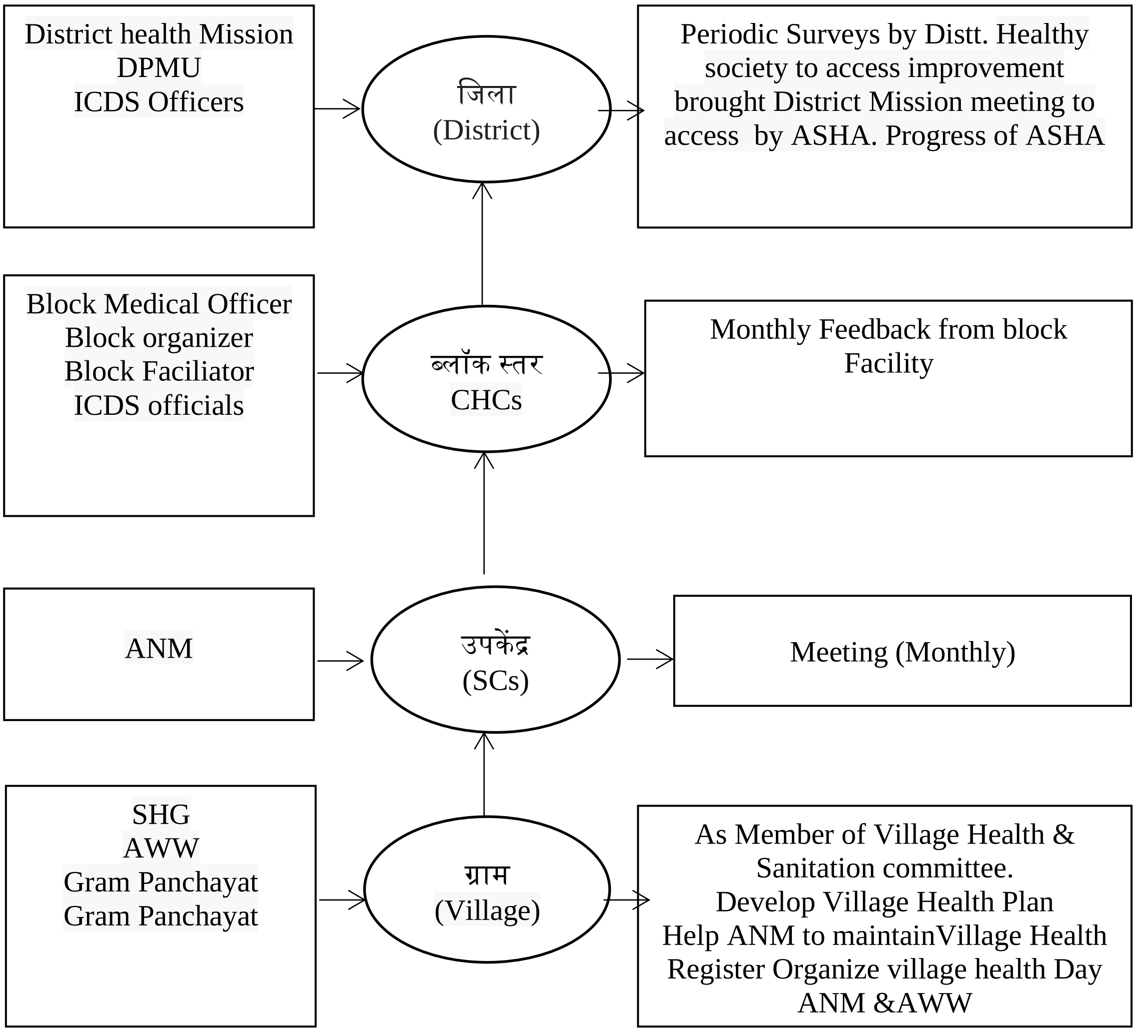
चित्र संख्या 1 स्वतंत्रता के बाद भारत में स्वास्थ्य पर आयोग एवं समितियां



चित्र संख्या 2 मातृत्व और बाल स्वास्थ्य संबंधी स्वास्थ्य नीतियां तथा योजनाएं

भारत में ग्रामीण स्वास्थ्य प्रणाली की संरचना

भारत ग्रामीण बहुलता वाला देश है। विश्व बैंक के अनुसार, 2021 में लगभग 64.61% भारतीय आबादी ग्रामीण क्षेत्रों में रहती थी। अधिकांश ग्रामीण क्षेत्रों में आधुनिक स्वास्थ्य सुविधाओं और गुणवत्तापूर्ण सेवाएं प्रदान करने के लिए आवश्यक उन्नत बुनियादी ढांचे का अभाव है। और स्वास्थ्य प्रणाली की संरचना ग्रामीण प्रकार की संरचना होती है। भारत सरकार द्वारा जनवरी 2023 को 2021-22 की ग्रामीण स्वास्थ्य सांख्यिकीय रिपोर्ट जारी की। यह वार्षिक प्रकाशन 1992 से शुरू किया गया, जिसके अनुसार मार्च 2022 तक भारत के ग्रामीण क्षेत्रों में उपकेंद्रों (SCs) की संख्या 157,935 और शहरी क्षेत्रों में 3,894 SCs कार्यरत हैं। ग्रामीण क्षेत्रों में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHCs) की संख्या 24,935 व शहरी क्षेत्रों में 6,118 PHCs और ग्रामीण क्षेत्रों में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHCs) की संख्या 5,480 व शहरी क्षेत्रों में 584 CHCs कार्यरत है। 2005-22 के बीच ग्रामीण क्षेत्रों में SCs व PHCs में सहायक नर्स दाइयों (ANM) की संख्या 33,194 से बढ़कर 207,587 हो गई है, इसमें 55.9 प्रतिशत की वृद्धि हुई है।



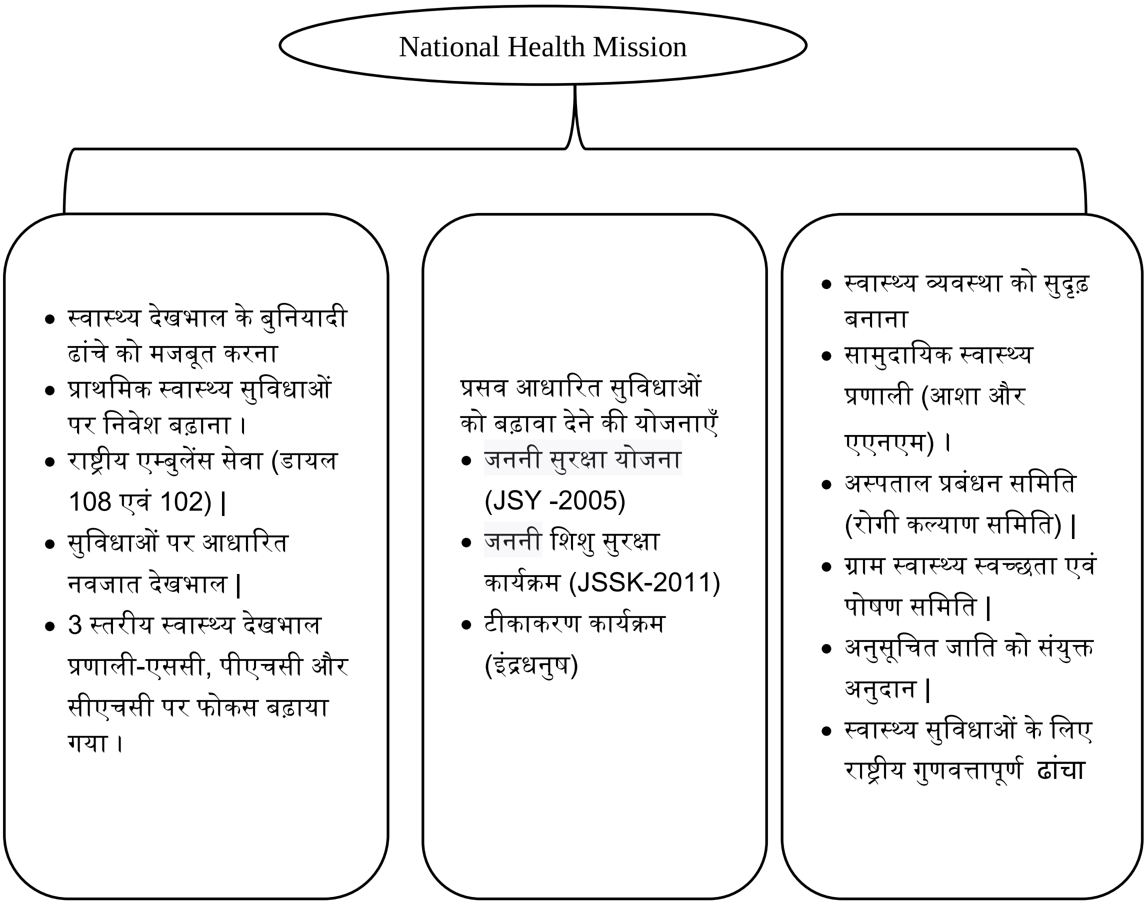
चित्र संख्या 3 Flow Chart- National Health Mission

(स्रोत- https://ruralindiaonline.org/en/library/resource/rural-health-statistics-2021-22/)

राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (NATIONAL HEALTH MISSION)

भारत सरकार द्वारा शहरी एवं ग्रामीण समाज को संपूर्ण स्वास्थ्य सुविधा उपलब्ध कराने के उद्देश्य से अप्रैल 2013 को राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन की शुरुआत की है। यह एक अंब्रेला कार्यक्रम है। इसके अंतर्गत 2 उपमिशन राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NRHM) व राष्ट्रीय शहरी स्वास्थ्य मिशन (NUHM) सम्मिलित किए गए हैं। जिनका मुख्य उद्देश्य ग्रामीण व शहरी क्षेत्रों में मातृत्व, प्रजनन, नवजात और किशोर स्वास्थ्य (RMNCH+A), संचारी व गैर संचारी रोग आदि कार्यक्रम संबंधी घटकों में स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत करना है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन का दृष्टिकोण स्वास्थ्य के व्यापक सामाजिक निर्धारकों को न्यायसंगत, सस्ती और गुणवत्तापूर्ण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं और लोगों की आवश्यकताओं के प्रति

सार्वभौमिक पहुंच की उपलब्धि की परिकल्पना करता है। एनएचएम विकेंद्रीकृत स्वास्थ्य योजना, सेवा वितरण, जिला अस्पतालों के भीतर ज्ञान केंद्र बनाने, जिला अस्पतालों में माध्यमिक स्तर की देखभाल को मजबूत करने, आउटरीच सेवाओं का विस्तार, सामुदायिक प्रक्रियाओं में सुधार और व्यवहार परिवर्तन संचार, मानव संसाधन विकास, सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रबंधन, और स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली पर केंद्रित है। इसका मुख्य उद्देश्य विकेन्द्रीकृत और सामुदायिक स्वामित्व वाली प्रणाली बनाना है, ताकि पानी, स्वच्छता, पोषण, लिंग और शिक्षा जैसे लोगों के स्वास्थ्य को प्रभावित करने वाले व्यापक सामाजिक निर्धारक कारकों को भी समान रूप से संबोधित किया जा सके (राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन, 2013)।



चित्र संख्या 4 मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य पर ध्यान केंद्रित करने हेतु एनएचएम का स्तंभ

(Source- Complied from National Health Mission’s website)

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (NATIONAL RURAL HEALTH MISSION)-

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) केंद्र सरकार द्वारा 12 अप्रैल वर्ष 2005 में दसवीं पंचवर्षीय योजना के तहत शुरु की गई एक महत्वपूर्ण योजना है। ये दिन भारत में एक ऐतिहासिक दिन था, जब तत्कालीन माननीय प्रधानमंत्री डॉ .मनमोहन सिंह ने 2005- 2012तक 7 साल की समय सीमा के साथ ग्रामीण क्षेत्रों में लोगों की स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों के लिए शुरुआत की गई। लेकिन वर्तमान में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एन.आर.एच.एम.) को स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय द्वारा, 1 मई 2013 से राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के घटक के रूप में जाना जाता है, का शुभारंभ किया। जिसके तहत समाज के वंचित और कमजोर वर्गों विशेषकर महिलाओं और बच्चों को एकीकृत, व्यापक व प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करने के उद्देश्य से एक राष्ट्रीय ग्रामीण सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की पहुंच में सुधार करके इस मिशन की शुरुआत की गई (Ministry of Health and Family Welfare, 2013)। यह योजना विभिन्न स्तरों (जैसे -प्रजनन बाल स्वास्थ्य परियोजना, एकीकृत रोग निगरानी, मलेरिया, कालाज़ार, तपेदिक तथा कुष्ठ आदि) के लिए एक ही स्थान पर सभी सुविधाएं प्रदान करने से संबंधित है। उक्त योजना के उद्देश्यों को प्राप्त करने के लिए जननी सुरक्षा योजना, जननी शिशु सुरक्षा कार्यक्रम, मिशन इंद्रधनुष, किलकारी, मदर एंड चाइल्ड ट्रैकिंग सिस्टम, रोगी कल्याण समिति/अस्पताल प्रबंधन सोसाइटी, राष्ट्रीय मोबाइल मेडिकल यूनिट (एनएमएमयू) और राष्ट्रीय एम्बुलेंस सेवा (एनएएस) आशा कार्यकर्ता (मान्यता प्राप्त सामाजिक कार्यकर्ता) आदि कार्यक्रमों का आरंभ किया गया। इस योजना को 18 राज्यों में लागू किया गया है। इस मिशन के अंतर्गत 50,000 से कम आबादी वाले गांव और कस्बे शामिल होते हैं। इस योजना के क्रियान्वयन में लगीं प्रशिक्षित आशा की भूमिका बहुत ही महत्वपूर्ण है। लगभग प्रति 1000 ग्रामीण जनसंख्या पर 1 आशा कार्यरत है (कुमार सिंह, 2023) ।

राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के उद्देश्य-

- शिशु मृत्यु दर (25/1000) एवं मातृ मृत्यु दर (1/1000) में कमी लाना।

- कुल प्रजनन दर (टीएफआर) को घटाकर 2.1 करना ।
- 15-49 वर्ष की महिलाओं में एनीमिया जैसी बीमारियों पर नियंत्रण ।
- तपेदिक से होने वाली वार्षिक घटनाओं और मृत्यु दर को आधे से कम करना ।
- संचारी और गैर संचारी रोगों की रोकथाम और नियंत्रण संबंधी व्यापक प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल, लिंग और जनसांख्यिकीय संतुलन तक पहुंच ।
- लोगों की स्वास्थ्य संबंधी देखभाल विशेषकर गरीब महिलाओं और बच्चों के स्वास्थ्य और प्रतिरक्षण के लिए, खाद्य एवं पोषण, स्वास्थ्य और स्वच्छता आदि सार्वजनिक सेवाओं की सार्वभौमिक पहुंच ।
- कमजोर सार्वजनिक स्वास्थ्य संकेतक या कमजोर बुनियादी संरचना वाले 18 राज्यों के माध्यम से पूरे देश में ग्रामीण आबादी को प्रभावी स्वास्थ्य देखभाल प्रदान करना।
- स्वास्थ्य संबंधी इलाज पर सरकारी खर्च में बढ़ोतरी करना, आम लोगों के उचित इलाज के लिए बीमा योजनाओं का प्रबंधन करना ।
- स्वास्थ्य संरचना पर सार्वजनिक व्यय को सकल घरेलू उत्पाद के 0.9% से बढ़ाकर अग्रिम 5 वर्षों में सकल घरेलू उत्पाद का 2-3% करना ।
- संपूर्ण ग्रामीण लोगों विशेषकर गरीब महिलाओं और बच्चों को न्यायसंगत, सस्ती, जवाबदेय और प्रभावी प्राथमिक स्वास्थ्य देखभाल उपलब्ध कराना ।
- भारत के प्रत्येक विकास खंड (ब्लॉक) में भारतीय जन स्वास्थ्य मानकों के अनुसार सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र पर प्रभावी और रेफरल की व्यवस्था करना ।
- पंचायत के सहयोग से ग्राम स्वास्थ्य योजना तैयार करना, स्वास्थ्य संबंधित प्रणाली में संरचनात्मक रूप से सुधार लाना, ग्रामीण अस्पतालों को सुदृढ़ एवं मजबूत बनाना ।

अवधारणात्मक रूपरेखा (CONCEPTUAL FRAMEWORK)

स्वास्थ्य की परिभाषा

विश्व स्वास्थ्य संगठन (डब्ल्यूएचओ) "स्वास्थ्य संपूर्ण शारीरिक, मानसिक और सामाजिक कल्याण की स्थिति है, न कि केवल बीमारी या दुर्बलता की अनुपस्थिति।"।

ऑक्सफोर्ड शब्दकोश के अनुसार, " शरीर और मन की तेजपूर्ण स्थिति; ऐसी अवस्था जिसमें समस्त शारीरिक और मानसिक कार्य समय से और पूरी क्षमता से संपादित हो रहे हो ऐसी अवस्था को स्वास्थ्य कहते हैं।"

स्वास्थ्य एवं सहस्राब्दी विकास लक्ष्य

स्वास्थ्य को 20 वर्षों से अंतरराष्ट्रीय विकास के केंद्र के रूप में मान्यता दी गई है, सार्वभौमिक रूप से गरीब, महिलाओं एवं बच्चों पर ध्यान केंद्रित करके रुग्णता व मृत्यु दर को कम करने के लिए प्रमुख प्रावधान किए गए हैं। आठ सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों में से तीन स्वास्थ्य संबंधी लक्ष्य शामिल हैं-

लक्ष्य 4: बाल मृत्यु दर में कमी लाना ।

लक्ष्य 5: मातृ मृत्यु दर में कमी एवं प्रजनन स्वास्थ्य देखभाल तक पहुंच।

लक्ष्य 6: एचआईवी/एड्स, तपेदिक व मलेरिया तथा अन्य बीमारियों से छुटकारा पाना।

मानव एवं स्वास्थ्य- मनुष्य के स्वास्थ्य की आधारशिला उसका स्वस्थ शरीर और स्वस्थ मन है। इसके लिए शुद्ध पेयजल, आहार, वातावरण, मल-मूत्र परित्याग की व्यवस्था, शिक्षा व उचित चिकित्सा का प्रबंधन आदि की आवश्यकता पड़ती है। शरीर को स्वस्थ बनाना, उसकी शक्ति और सुंदरता का विकास करना प्रत्येक मनुष्य का परम धर्म होता है।

महिला स्वास्थ्य- महिलाओं का स्वास्थ्य एक व्यापक श्रेणी है, जिसमें ऐसे स्वास्थ्य संबंधी मुद्दे शामिल हैं जो महिलाओं के लिए अद्वितीय हैं, और जो महिलाओं को विशेष रूप से प्रभावित करते हैं जैसे- मासिक धर्म और गर्भावस्था। इसके साथ ही कुछ ऐसी स्थितियाँ भी है जो पुरुषों और महिलाओं दोनों को प्रभावित करती हैं,जैसे- हृदय रोग और मधुमेह।

सिद्धांत अभिमुखन (THEORETICAL ORIENTATION)

स्वास्थ्य एवं रोग के सिद्धांत (Theories of health and Illness)

प्रकार्यवादी परिप्रेक्ष्य (Functionalist Perspective)

प्रकार्यवाद एक सैद्धांतिक दृष्टिकोण है, जो समाज की विभिन्न प्रणालियों एवं संस्थाओं को व्यक्ति के साथ जोड़ने का कार्य करता है। ये सामाजिक संस्थाएँ जटिल सामाजिक शक्तियों के रूप में कार्य करती हैं, परिवार, शिक्षा,स्वास्थ्य संस्थान और धर्म आदि सामाजिक संस्थाओं के उदाहरण हैं। इसी प्रकार चिकित्सा प्रणाली भी एक महत्वपूर्ण सामाजिक संस्था है। इसमें क्लीनिक और अस्पताल जैसे संगठनों के साथ-साथ डॉक्टर और नर्स जैसे प्रमुख व्यक्ति भी शामिल हैं। प्रकार्यवादी, समाज को एक निकाय की तरह कार्य करने वाला मानते हैं। टैल्कॉट पार्सन्स (1951) बताया है कि प्रकार्यवादी परिप्रेक्ष्य इस बात पर जोर देता है कि किसी समाज की कार्य करने की क्षमता के लिए अच्छा स्वास्थ्य और प्रभावी चिकित्सा देखभाल आवश्यक है। खराब चिकित्सा देखभाल एवं संरचना समाज में हमारी भूमिका निभाने की क्षमता को ख़राब कर देता है, और तो समाज की कार्यप्रणाली और स्थिरता प्रभावित होती है। अस्वस्थ और बीमारी का विश्लेषण करने के लिए प्रकार्यात्मक दृष्टिकोण इस बात पर विचार करता है कि अस्वस्थ और बीमारी का स्तर समग्र सामाजिक व्यवस्था को कैसे प्रभावित करता है? इस उपागम के अनुसार रोग एक प्रकार का व्याधिकीय व्यवस्था है, जो समाज की सामाजिक संरचना के संतुलन की स्थिति को खराब कर देता है। इस परिप्रेक्ष्य के अनुसार समाज सुचारू ढंग से एक व्यवस्था के रूप में क्रियाकलाप करता है, समाज एक जटिल संकुल की व्यवस्था है कि अंतर्गत समाज के भिन्न-भिन्न इकाइयां अपने कार्य निष्पादित करती हैं जिससे समाज में संतुलन की स्थिति बनी रहे और सामाजिक क्रिया सही प्रकार से गति रहे। एक प्रकार्यवादी समाजशास्त्री, टैल्कॉट पार्सन्स (1902-79) ने चिकित्सा के समाजशास्त्र में लोगों द्वारा बीमार होने पर उनकी सामाजिक भूमिका का वर्णन करने के लिए बीमार-भूमिका शब्द दिया है, जिसके अंतर्गत समाज द्वारा बीमार लोगों को दिए जाने वाले अधिकारों और जिम्मेदारियों को प्रस्तुत किया है।

नारीवादी परिप्रेक्ष्य (Feminist Perspective)

समाजशास्त्र में नारीवादी परिप्रेक्ष्य एक नया परिप्रेक्ष्य है, जिसका आरंभ 70 के दशक में हुआ था। संक्षेप में नारीवादी

प्रथा महिलाओं में समानता को बढ़ावा देने के उद्देश्य से समाज में होने वाली कार्यवाहियों का एक व्यापक रूप है। क्योंकि ऐसी बहुत कुप्रथाएं है जो लैंगिक असमानता को बढ़ाती है, लेकिन नारीवादियों का कार्य लैंगिक समानता को बढ़ावा देने वाली प्रथाओं को समाज में लाना और उन्हें चुनौती देना है। इसके समर्थकों का कहना है कि स्वास्थ्य संबंधों में असमान कारणों के पीछे लिंग आधारित भेदभाव को उत्तरदाई माना है। जिसके कारण समाज में व्यापक स्तर पर स्वास्थ्य संबंधी स्थिति में भिन्नता पाई जाती है। इनका मानना है कि पुरुषों और स्त्रियों के अधिकारों में भेदभाव के पीछे का कारण पितृसत्तात्मक सोच का होना है, जिससे पुरुषों द्वारा स्त्रियों को श्रेष्ठ नहीं मानने योग्य ठहराया है। और उनको चिकित्सा के जगत में पुरुषों के समान दर्जा नहीं मिला है स्त्रियों को उसी प्रकार के कार्यों को सौंपा है, जिसके आधार पर उनकी दशा पुरुषों से श्रेष्ठ ना हो सके। स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों के संबंध में नारीवादी सिद्धांत व व्यवहार स्वास्थ्य देखभाल के मुद्दों की नारीवादी धारणा को बढ़ाने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाता है। नारीवादी परिप्रेक्ष्य द्वारा पितृसत्तात्मक चिकित्सा नियंत्रण के खिलाफ आवाज उठाई और बताया कि कामुकता व प्रजनन पर भी पितृसत्तात्मक सोच का ही प्रभाव है। इस प्रकार हम कह सकते हैं कि इस उपागम के अनुसार महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रमुख रुप से ध्यान देने की आवश्यकता है, क्योंकि इनकी भूमिका सामाजिक संरचना में पुरुषों से अधिक होती है।

साहित्य का पुनरावलोकन (REVIEW OF LITERATURE)

- **मारवाह एवं गुप्ता (1971)-** ने अध्ययन में ग्रामीण क्षेत्रों के अंतर्गत स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं (प्राथमिक स्तर, जिला स्तर और मेडिकल कॉलेज स्तर पर) की उपलब्धता के साथ प्रशासनिक कार्यक्रमों रूपरेखा व मशीनरी की भूमिका पर ध्यानकेंद्रित किया। प्रस्तावित अध्ययन के अनुसार ग्रामीण स्तर पर प्रशासनिक मशीनरी के कार्य संचालन प्रक्रिया एवं दायित्वों के निर्वहन में प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के द्वारा, प्रशासन के द्वारा चल रही स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के अन्य सभी अभिकरणों से उचित तालमेल के अभाव के होने के कारण स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में अत्यधिक रुकावटें उत्पन्न होती है।
- **बनर्जी (1973)-** ने शोध में पीएचसी के मूल्यांकन के लिए एक अध्ययन किया। और 13 गांवों का सर्वेक्षण किया। इन 13 गांवों में से 7 में पीएचसी थे। इन सात पीएचसी को चार राज्यों अर्थात् कर्नाटक (2 पीएचसी), राजस्थान

(1 पीएचसी), उत्तर प्रदेश (2 पीएचसी) और पश्चिम बंगाल (2 पीएचसी) से चुना गया है; जो देश के चार क्षेत्रों में स्थित हैं। इन चार राज्यों के निष्कर्षों की राज्य स्तर पर छह अन्य राज्यों के साथ जांच की गई। चयनित पीएचसी सुविधाओं और जनशक्ति के मामले में भी औसत से ऊपर थे। और वे 10 साल और उससे अधिक समय से गांवों को सेवाएं प्रदान कर रहे थे। शेड्यूल के माध्यम से साक्षात्कार के लिए 703 परिवारों का चयन किया गया है। नतीजे बताते हैं कि पीएचसी संतोषजनक स्थिति में नहीं थे। इनके अध्ययन से स्पष्ट होता है कि सुविधाओं और चिकित्सा कर्मियों की कमी थी।

- **लक्ष्मीराम (1978)-** ने यू0पी0 के वाराणसी जिले के ग्रामीण स्तर पर आधारित शोध कार्य में ग्रामीण समाज के लोगों की मानसिकता का तथ्यात्मक विश्लेषण एवं रूढ़िवादी/परंपरागत सोच का अध्ययन किया है। इस अध्ययन से प्राप्त होता है कि ग्रामीण क्षेत्र में उच्च वर्ग के लोग/उच्च आर्थिक स्थिति वाले परिवार के सभी सदस्यों में निम्न आर्थिक स्थिति/कम आय वाले परिवार के सदस्यों की अपेक्षाकृत साफ-सफाई का ध्यान रखते समय अपने घर के आस-पास और प्रवेश की स्वच्छता रखने हेतु और असफल पाए जाते हैं। प्रस्तावित अध्ययन का निष्कर्ष है कि ग्रामीण परिवेश में ज्ञान-विज्ञान, शिक्षा, संचार माध्यमों/तकनीकी मीडिया के साधनों के व्यापक विस्तार से इस समय नई आधुनिक चिकित्सा में वृद्धि हुई है, लेकिन इन सभी परिस्थितियों के बाद भी टोना-टोटका, देवी-देवताओं की मन्नतें, झाड़-फूंक आदि सभी अंधविश्वासों में ग्रामीण लोग आज भी विश्वास रखते हैं।

- **क्ललैंड एवं भाटिया (1995)-** ने अपने अध्ययन में दक्षिण भारत के कर्नाटक क्षेत्र में मातृत्व देखभाल से संदर्भित जनता के निर्णय करने की क्षमता एवं खोज पर आधारित निष्कर्षों को प्रस्तुत किया। भारत के कर्नाटक राज्य के शहरी और ग्रामीण क्षेत्रों में एक क्रॉस-सेक्शनल सर्वेक्षण आयोजित किया गया था। सर्वेक्षण में 35 वर्ष से कम उम्र की 3595 वर्तमान विवाहित महिलाएं शामिल थीं। अध्ययन में पाया कि कि महिलाएं गर्भावस्था और प्रसव सुरक्षित रूप से करने में सक्षम हैं। प्रजनन स्वास्थ्य के सुधार में मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की संभावित रूप से महत्वपूर्ण भूमिका है। अध्ययन के आधार पर यह भी स्पष्ट किया गया है कि प्रसव के दौरान कुशल सहायता और अच्छी तरह

से सुसज्जित स्वास्थ्य संस्थानों तक पहुंच से मातृ मृत्यु दर और रुग्णता को कम और सुधार किया जा सकता है। लेकिन नियमित प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल की प्रभावशीलता कम है। हालाँकि, कुछ अस्पताल आधारित अध्ययन और कुछ सामुदायिक अध्ययन ने मातृ मृत्यु दर के लिए जोखिम कारक के रूप में प्रसवपूर्व देखभाल की कमी की पहचान की है कि प्रसवपूर्व देखभाल के लिए पंजीकृत महिलाओं में प्रसव और नवजात मृत्यु दर का अनुभव होने की संभावना उन महिलाओं की तुलना में कम होती है जो पंजीकृत नहीं हैं।

- **सुकुमारी और नायर (2002)-** ने केरल राज्य के त्रिवेंद्रम जिले के 2 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के अध्ययन में पाया कि 91.9% महिलाओं की शादी 15-25 वर्ष की उम्र में हो जाती है और आगे अध्ययन में पाया कि महिलाओं के विवाह के समय की कम आयु तथा महिलाओं का स्वास्थ्य एक दूसरे को सर्वाधिक प्रभावित व बाधित करते हैं, जबकि केरल में बाल विवाह का चलन सामान्य तौर पर नहीं पाया जाता है। केरल में विवाह की औसत आयु 20.5 है, इन्हीं के कारण केरल राज्य की महिलाओं का स्वास्थ्य अन्य राज्यों के सापेक्ष स्वस्थ पाया जाता है क्योंकि उच्च आयु की अवस्था में विवाह होने पर महिलाओं तथा उनके स्वास्थ्य से संबंधित समस्याओं व लाभ/सुविधाओं को उचित व बेहतर ढंग से समझ कर उनका उपयोग करती हैं।

- **बाघमारे, वेंकटेश्वरा एवं बारूआ (2003)-** ने भारत में विद्यमान मातृत्व संबंधी स्वास्थ्य सुविधाओं पर प्रकाश डाला है। महाराष्ट्र राज्य के अहमदनगर जिले के गांव में 7 वर्ष के अनुसंधान प्रोजेक्ट जो कि राज्य व जिले के सहयोग द्वारा लघु स्तर पर मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं में सुधार के लिए चलाया गया। जिसमें 4 तरह के नीतिगत बदलाव लागू किए किए गए। अध्ययन के परिणाम में बताया गया है कि भारत में संचालित परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं की निम्नता पाई गई है। इन सभी आयामों के सापेक्ष उपायो हेतु मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं/लाभ का स्तर कार्यक्रम आयोजन प्रक्रिया के अंतर्गत सभी उपकरणों की अनुपस्थिति, गर्भनिरोधक औषधियों का अभाव एवं दवाइयों, अप्रशिक्षित, स्वास्थ्य कर्मियों

आदि विषयों को सम्मिलित कर इन सभी कारकों/आयामों का अध्ययन किया गया। सभी प्रकार की कार्य संरचना और व्यवस्था का सतर्क रहकर कठोरता से अवलोकन किया जाए। स्वास्थ्य कार्यक्रम से जुड़े सभी कार्यकर्ताओं को कार्य करने के साथ-साथ उन्हें सशक्त प्रशिक्षण दिया जाए।

- **खेतरपाल और कोचर (2007)-** ने अपने अध्ययन में दर्शाया है कि पोषण व संतुलित आहार जीवन चक्र में वृद्धि करने तथा स्वास्थ्य की देखरेख व शरीर को संतुलित करने का महत्वपूर्ण स्रोत है। इन्होंने यमुनानगर जिले के   भिन्न-भिन्न गांव से 25-50 आयु वर्ग की 80 महिलाओं को अध्ययन हेतु उनका चुनाव किया और अंत में ज्ञात हुआ कि ग्रामीण क्षेत्र में रहने वाली महिलाओं के शरीर में जरूरी तत्व जैसे प्रोटीन, कैलोरी की मात्रा, आयरन व विभिन्न विटामिनों की मात्रा में अत्यधिक कमी पाई गई है।
- **मुखर्जी (2010)-** ने यह विश्लेषण करने का प्रयास किया कि एनआरएचएम भारत में कैसे काम कर रहा है। इस कारण से, उन्होंने 100 डॉक्टरों का साक्षात्कार लिया जो ओडिशा, असम, झारखंड और छत्तीसगढ़ के ग्रामीण इलाकों में काम कर रहे थे। आंकड़ों की जांच के बाद वह इस निष्कर्ष पर पहुंची कि एनआरएचएम द्वारा ग्रामीण स्वास्थ्य देखभाल ढांचे में कुछ मामूली सुधार आया है। लेकिन, जनशक्ति, स्वास्थ्य, बुनियादी ढांचे, स्वास्थ्य बीमा की रोकथाम की कमी, आयुष के कार्यान्वियन के मामले में अक्षमताओं के कारण, यह नहीं कहा जा सकता है कि ग्रामीण इलाकों एनआरएचएम लोगों को पर्याप्त स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने में 100 प्रतिशत प्रभावी है।
- **सारस्वत (2010)-** इन्होंने प्रस्तावित अध्ययन में चर्चा की है कि यूनिसेफ की रिपोर्ट के अनुसार प्रत्येक 7 मिनट में एक महिला की मृत्यु प्रसव के समय या गर्भावस्था/गर्भधारण के काल में ही हो जाती है। भारत में जनसंख्या के प्रस्तावित आंकड़ों से स्पष्ट है कि भारत में जनसंख्या के स्वास्थ्य संबंधी लाभ एवं सुविधाओं का निम्न स्तर कितना व क्या है? विश्व की संपूर्ण जनसंख्या का लगभग 16.5 प्रतिशत जनसंख्या भूमिका को निभाने वाली संपूर्ण भारत, विश्व में विद्यमान 30 प्रतिशत बीमारियों में पूर्णता योगदान देती है। देश की लगभग 32 करोड़ महिलाओं में

प्रजनन के समय आने वाली समस्याओं से संबंधित रोगों से ग्रस्त हैं। इसके साथ ही महिलाओं के प्रसव के दौरान या उनकी विभिन्न स्वास्थ्य संबंधित जुड़े आंकड़े अत्यधिक गंभीर तस्वीर दर्शाते हैं।

- **नायर एवं पांडा (2011)-** प्रस्तुत शोध के अनुसार ग्रामीण स्तर पर महिलाओं के स्वास्थ्य की गुणवत्ता परिवार कल्याण कार्यक्रम व राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन होने के बावजूद भी मध्यम स्तर का है, हालांकि एनआरएचएम के तहत सार्वजनिक स्वास्थ्य प्रणाली में मातृ देखभाल की गुणवत्ता से जुड़ी खामियों को दूर करने का प्रयास तो किया गया है, परंतु अभी भी भारत देश में इसमें सुधार की काफी गुंजाइश है। इसका उद्देश्य एनआरएचएम का मातृ स्वास्थ्य देखभाल पर प्रभाव की जांच करना भी है। प्रस्तुत शोध में महिलाओं के स्वास्थ्य की देखभाल की गुणवत्ता को बढ़ाने के लिए महत्वपूर्ण सिफारिशें भी की गई है, जैसे कि साफ-सुथरे शौचालय, अस्पतालों में मैत्रीपूर्ण वातावरण।
- **सिंह, एस0के0 एवं अन्य (2012)-** इन्होंने अपने अध्ययन में राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत नवाचारों द्वारा प्रसव हेतु अस्पतालों में बढ़ोतरी का मार्ग प्रशस्त किया है। 2005 में एनआरएचएम शुरू होने के बाद ग्रामीण भारत में प्रसव कालीन मृत्यु दर में गिरावट के साथ अस्पताल में प्रसव में वृद्धि के संबंध का नमूना पंजीकरण प्रणाली रिपोर्ट का उपयोग करके मूल्यांकन किया था। और 2005-2008 तक अस्पताल में प्रसव में सापेक्ष वृद्धि दर 57% थी, लेकिन भारतीय राज्य के ग्रामीण क्षेत्रों में PNMR मैं सापेक्ष गिरावट केवल 2.5 प्रतिशत थी। इसलिए बताया है कि प्रसव के समय देखभाल की गुणवत्ता का आकलन किया जाना आवश्यक है।
- **शर्मा, ए0 के0 (2014)-** प्रस्तुत अध्ययन के माध्यम से बताया है कि राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के माध्यम द्वारा ग्रामीण महिलाओं के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभाव का अध्ययन करना है, जिसके अंतर्गत लेखक ने बताया है कि स्वास्थ्य संबंधी स्थिति को अधिक प्रभावी रूप से बनाने के लिए ग्रामीण व शहरी दोनों क्षेत्रों की प्राथमिक स्वास्थ्य प्रणाली को मजबूत बनाने की आवश्यकता है, जिसके द्वारा स्वास्थ्य प्रणाली में सुधार किया जा सके और

बताया है कि इस मिशन के द्वारा नए संस्थानों की संरचना का निर्माण, स्वास्थ्य संबंधी नए-नए विचार, सेवाओं का विकेंद्रीकरण तथा संसाधन के आयाम प्रदान करना, दवा समर्थित रिकवरी (मेडिकेशन सपोर्टेड रिकवरी, MSR) और गर्भवती महिलाओं की सामान्य स्थिति को देखते हुए राज्य द्वारा इसे 2017 तक बढ़ावा देने के लिए प्रेरित किया है | इस अध्ययन में दर्शाया गया है कि मिशन NRHM राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य में एक महत्वाकांक्षी, सुविधाजनक व लाभदायक अनुभव हो सकता है लेकिन ग्रामीण समुदाय की सभी महिलाएं विभिन्न स्वास्थ नीतियों की पहुंच से अभी वंचित हैं, तथा उन्होंने अनेक प्रकार की स्वास्थ्य से जुड़ी योजनाओं की आलोचना भी की है कि आज के वर्तमान युग में ग्रामीण क्षेत्र की गर्भवती महिलाएं स्वास्थ्य नीतियों व पोषण संबंधी नीतियों से वंचित है।

- **Bakshi, Kotecha & Patel (2015)-** इन्होंने अपने लेख में स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली (Health Management Information System) सुविधाओं/सेवाओं पर प्रकाश डाला है। तथा इसके अंतर्गत लेखक ने ग्रामीण क्षेत्र के स्तर पर गर्भवती व शिशु के टीकाकरण के समय उनकी देखरेख की गुणवत्ता के अनुसार बड़ोदरा जिले के गांव के बारे में अध्ययन करने के लिए 20 PHS, 13 ग्रामीण व 7 आदिवासियों का नमूना Stratified random sampling प्रयोग करके किया है। और उस के माध्यम से बताया है कि हर एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHCs) से दो तथा प्रत्येक उपकेंद्रों (SCs) का लोगों के लिए एक गांव का चुनाव किया गया है और बताया है कि गांव में अधिकतर लोग गरीब हैं जिनकी स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं का लाभ नहीं पहुंच पा रहा है। महिलाओं व शिशुओं के मध्य टीके की जिले में पर्याप्तता 77% थी, जबकि लोगों तक समग्र पहुंच 91% थी। कवरेज मूल्यांकन से जानकारी मिलती है कि मूल्यांकन अंक के तहत प्रक्रिया का 63% आज भी ग्रामीण क्षेत्र के लोग स्वास्थ्य संबंधी सुविधाओं से अछूते होते हैं।
- **यू0एन0एफ0पी0ए0 (2016)-** इसके अंतर्गत भारत के पांच अधिक जागरूकता वाले राज्यों जैसे बिहार, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान व यू0पी0 में जननी सुरक्षा योजना का एक समीक्षात्मक मूल्यांकन अध्ययन

किया। अध्ययन के अंतर्गत प्रसव के बाद देखभाल, उनका पंजीकरण, परिवहन सहायता और उनकी निगरानी के साथ-साथ जननी सुरक्षा योजना की पूर्ण संरचना और कार्यक्रम के विभिन्न आयामों की जांच की गई। सभी राज्यों में जे0एस0वाई0 के तहत भुगतान के विषय में विविधताओं का प्रकोप है, इस अध्ययन के निष्कर्षों से प्राप्त होता है कि निम्न प्रदर्शन दर्शाने वाले राज्यों में संस्थागत प्रसव में जेएसवाई योजना की जन रुचि में अत्यधिक वृद्धि दिखाई पड़ती है और आशा जैसी कार्यकर्ताओं के पूर्ण सहभागिता स्तर को अर्जित करना अभी शेष है।

- **अरनव एवं अन्य (2017)-** प्रस्तावित अध्ययन में, स्व-रिपोर्ट और टिप्पणियों के माध्यम से प्रसव के दौरान महिलाओं के साथ प्रदाता के दुर्व्यवहार का आकलन किया है। इन उपायों की प्रकृति और उनके संभावित पूर्वाग्रहों के बारे में जानकारी प्रदान करने के लिए प्रत्येक पद्धति से जुड़ी महिलाओं और प्रदाताओं की विशेषताओं और उनकी विसंगतियों की जांच की है। यह अध्ययन भारत के सबसे अधिक आबादी वाले राज्य उत्तर प्रदेश में सार्वजनिक स्वास्थ्य क्लीनिकों में प्रसव कराने वाली महिलाओं पर केंद्रित है। इस अध्ययन के दौरान सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाएं यूपी में क्रॉस सेक्शनल डाटा अनुवर्ती साक्षात्कार प्रत्यक्ष अवलोकन के माध्यम से एकत्रित किया गया है। एवं दुर्व्यवहार का मूल्यांकन अवलोकन उपागम के माध्यम से किया गया है। इसके परिणाम स्वरूप 17 आइटम माप में से कम से कम एक से दुर्व्यवहार की रिपोर्ट दर्ज की है। उत्तर प्रदेश में प्रसव के दौरान प्रदाता के साथ दुर्व्यवहार की घटना प्रचलित है अधिकांशतः जब वह कम उम्र की या कम प्रशिक्षित होती है।
- **सेन, चटर्जी, कांतिखान और मोहंती (2020)-** द्वारा प्रस्तावित अध्ययन भारत में मातृ देखभाल पर जननी सुरक्षा योजना का अनपेक्षित प्रभाव का अध्ययन किया है इन्होंने अपनी विशेषण में राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण 4 का उपयोग करके कम प्रदर्शन वाले राज्यों व उच्च प्रदर्शन वाले राज्यों के सर्वेक्षण से पहले 5 वर्षों मैं संस्थागत जन्म देने वाली महिलाओं का अध्ययन किया है, इनके निष्कर्ष से ज्ञात होता है कि भारत में मातृत्व संबंधी योजना व वर्तमान चलित सुविधाओं में सुधार हेतु आवश्यकता है।

- **वत्स (2020)** ने प्रस्तुत अध्ययन में उत्तराखंड राज्य के टिहरी गढ़वाल जिले के ग्रामीण क्षेत्र से संबंधित 250 परिवारों का अध्ययन किया गया है, जिसके निष्कर्ष में प्राप्त हुआ है कि कुछ उत्तरदाताओं में से 51% महिलाएं रक्त अल्पता से पीड़ित थी रक्ताल्पता से पीड़ित महिलाओं में 6.3% गंभीर रूप से पीड़ित पाई गई। संपूर्ण उत्तरदाताओं में से 50% महिला किसी ने किसी प्रजननता प्रेषित संक्रमण से ग्रसित पाई गई। अधिकांश महिलाओं को गर्भावस्था में पर्याप्त एवं पौष्टिक भोजन नहीं मिल पाता है। इन सभी के पीछे निर्धनता शिक्षा स स्वच्छता समय की कमी एवं कार्यों की अधिकता सुविधाओं का अभाव जैसे कुछ अंतर्निहित कारकों की नकारात्मक भूमिका पाई गई है । तो उन्होंने बताया कि यह सभी कारक लैंगिक असमानता की भूमिका निभाते हैं ।
- **मिश्रा, कुमार & श्रीवास्तव (2021)-** प्रस्तावित अध्ययन में जिला स्तर पर संचालित योजना जननी सुरक्षा योजना एवं संस्थागत प्रसव हेतु समझ विकसित करने का प्रयास किया है। इन्होंने अपने अध्ययन में राष्ट्रीय स्वास्थ्य सर्वेक्षण के अध्ययन द्वारा 15-49 वर्ष की महिलाओं का अध्ययन किया है। इन्होंने द्विचर (Bivariate) एवं बहु भिन्नरूपी प्रतिगमन विश्लेषण (multivariate regression analysis) का प्रयोग किया है। इनके अध्ययन से ज्ञात होता है कि भारत में जननी सुरक्षा योजना का कुल कवरेज 36.4 प्रतिशत है। इसके लिए स्थानिक सतह सहसंबंध का मूल्य 0.71 प्रतिशत है, जो मुख्य रूप से जिलों में जननी सुरक्षा योजना कवरेज को दर्शाता है यद्यपि अध्ययन से यह भी ज्ञात होता है कि जननी सुरक्षा योजना का कवरेज अन्य भौगोलिक क्षेत्रों में भी फैलाने की आवश्यकता है, जिससे अधिक से अधिक महिलाओं को इसका लाभ मिल सके।
- **Lwiwanini (2021)-** इस अध्ययन में शोधकर्ता ने आशाओं के प्रदर्शन, ज्ञान व प्रथाओं, उन्हें दिए गए प्रशिक्षण की प्रभावशीलता, उनके सामने आने वाली समस्याओं और चुनौतियों के बारे में पता लगाने के लिए वर्णनात्मक सर्वेक्षण अनुसंधान पद्धति को अपनाया है। शोधार्थी द्वारा अध्ययन पूर्वी खासी हिल्स, मेघालय के सभी ब्लॉक से गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाएं, आशा, आंगनवाड़ी कार्यकर्ता, ग्रामनेता शामिल है, जहां आशा पूर्वी

खासी हिल्स जिले, मेघालय के समुदाय के लोगों के साथ जुड़ी हैं। इस प्रकार नमूना में 160 आशा, 160 आंगनवाड़ी 160 ग्रामप्रधान, 180 गर्भवती व स्तनपान कराने वाली महिलाओं द्वारा एकत्र किया गया है, जो कुल 660 है। इसके अतिरिक्त आशाओं के बारे में जानकारी व पृष्ठपोषण, उन गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं से एकत्र किया गया है, जिन्हें आशाएं स्वास्थ्य देखभाल सेवा प्रदान करती हैं।

- **कुमार (2021)-** इनके अध्ययन में स्वास्थ्य प्रबंधन सूचना प्रणाली, राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण, राष्ट्रीय नमूना सर्वेक्षण और नमूना पंजीकरण योजना से समय श्रंखला आंकड़ों का उपयोग करके व्यवस्थित रूप से तार्किक मूल्यांकन ढांचे का उपयोग किया गया है, अध्ययन में बताया है कि राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन शुरू होने के बाद फंड आवंटन में लगभग 5 गुना की वृद्धि के साथ-साथ सहायक नर्स, दाइयों की संख्या लगभग दुगनी और नर्सों की संख्या में 3 गुना की वृद्धि दर्ज की गई है। और आशा कार्यकर्ताओं की संख्या बढ़कर लगभग 10 लाख के आसपास हो गई है। संस्थागत प्रसव 2005-06 में 38.7% से बढ़कर 2015-2016 में 78.9% हो गया है। पूर्ण टीकाकरण कवरेज 43.5% से बढ़कर 62% तक पहुंच गया है, शिशु मृत्यु दर 2005 में 58 से घटकर 2017 में प्रति 1000 जीवित जन्म दर पर 33 हो गई है। और मातृ मृत्यु अनुपात में भी 2004-06 में 255 से गिरावट दर्ज की गई है। तथा 2015-2017 में 122/100000 जीवित जन्म दर हो गए हैं। इन्होंने निष्कर्ष निकाला है कि मातृ एवं शिशु दर में सकारात्मक वृद्धि दर्ज की गई है, लेकिन सार्वभौमिक कवरेज का लक्ष्य अभी भी पूरी तरह से हासिल नहीं हुआ है इसलिए धन आवंटन में पर्याप्त वृद्धि करके स्वास्थ्य प्रणाली की क्षमता को 3 गुना करने की आवश्यकता है।
- **सिंह (2021)-** प्रस्तुत शोध उत्तर प्रदेश के जौनपुर जनपद के चयनित गांव में रहने वाली नेशनल ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत संचालित जननी सुरक्षा योजना की महिला लाभार्थियों पर आधारित अध्ययन किया गया है। जिसमें जौनपुर के 21 विकासखंडों में से 1 विकासखंड केराकत के 2 गांवों का चयन किया गया है, जोकि सरल

दैव निदर्शन की लॉटरी विधि द्वारा किया है। जिसकी संपूर्ण समग्र जनसंख्या 416 है। जिसमें से शोधार्थी ने 60% अर्थात 250 लाभार्थियों को उद्देश्य दैव निदर्शन पद्धति के आधार पर चयन किया है। जिसमें महिलाओं की सामाजिक, आर्थिक स्थिति, स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे के रूप में NHRM की भूमिका, जननी सुरक्षा योजना के तहत मातृत्व एवं बाल स्वास्थ्य की यथास्थिति और टीकाकरण की स्थिति, ग्रामीण गर्भवती महिलाओं में स्वास्थ्य पोषण के प्रति जागरूकता का अध्ययन और आशा कार्यकर्ताओं की भूमिका का अध्ययन किया है, इसमें शोधार्थी ने बताया है कि उप केंद्रों SCs, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHCs), सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र CHCs मरीज के लिए संरचनात्मक सुविधाओं, संसाधनों, आशाकर्मियों को स्वास्थ्य संबंधित कार्यक्रमों व अभियानों के प्रति प्रशिक्षण प्रदान किए जाने की आवश्यकता है।

- **सांगवान एवं अन्य (2021)-** प्रस्तुत अध्ययन में लेखकों के द्वारा राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन (एनएचएम) 2005 का अध्ययन किया गया। इन्होंने अपने अध्ययन के अंतर्गत भारत में मातृ स्वास्थ्य परिणामों पर राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के प्रभावों को मापने के लिए तर्क मॉडल का उपयोग किया था। और अध्ययन से ज्ञात होता है कि सामाजिक जनसांख्यिकीय कारको, टेलीफोन घनत्व, स्वास्थ्य संबंधित कार्यक्रमों के कार्यकर्ताओं के समायोजन के बाद पिछले 5 वर्षों में प्रसव कराने वाली महिलाओं के बीच पहली तिमाही में पंजीकरण, संस्थागत प्रसव, एनएचएम से पहले प्रसव की जांच व एनएचएम के बाद प्रसव कराने वाली महिलाओं के अनुपात की तुलना करके एनएचएम के प्रभाव का अध्ययन किया है। अध्ययन के परिणाम से ज्ञात हुआ है कि पूर्व एनएचएम अवधि की तुलना में एनएचएम के बाद की अवधि में 10000 की जनसंख्या पर स्वास्थ्य कार्यकर्ता घनत्व 32.67 प्रतिशत से बढ़कर 50. 29 हो गया। बिस्तरों की संख्या में 2005 में 4.43 से बढ़कर 2015 में 5.96 की वृद्धि दर्ज की गई। 2005-15 तक पहली तिमाही में पंजीकरण में 57.3% से 67.4%, संस्थागत प्रसव 41.6% से 87.7% और प्रसवोत्तर जांच में 42.4 से 72.37 की क्रमशः वृद्धि दर्ज की गई। और 2005-2015 तक के बीच मातृ मृत्यु दर अनुपात प्रति लाख प्रसव दर

पर 250 से घटकर 130 हो गया। इस प्रकार भारत देश में एनएचएम के कारण मातृ स्वास्थ्य संबंधी परिणामों में सुधार हेतु संभावनाएं बढ़ गई है।

- **राठेर एवं राठेर (2022)-** इन्होंने प्रस्तावित अध्ययन में उन परिस्थितियों के बारे में चर्चा की है, जिनके तहत भारत सरकार ने राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन कार्यक्रम की शुरुआत की। प्रस्तुत शोध प्रजनन दर, मातृ मृत्यु दर एवं शिशु मृत्यु दर को कम करने के साथ-साथ बेहतर स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करने में एनआरएचएम की भूमिका की जांच करता है। यह शोध ग्रामीण स्तर पर एनआरएचएम के तहत महिलाओं के स्वास्थ्य के प्रति जागरूकता, स्वास्थ्य सेवाओं तक उनकी पहुंच व देश में स्वास्थ्य देखभाल की सार्वजनिक प्रणाली पर एनआरएचएम के प्रभाव की जांच करता है। इनके अध्ययन के अनुसार एक तरफ एनआरएचएम भारत सरकार का एक ऐतिहासिक कार्यक्रम साबित हुआ है।
- **बिष्ट, इला (2022)-** इस पुस्तक से ज्ञात होता है कि जो उत्तराखंड की ग्रामीण महिलाएं राज्य की सामाजिक, आर्थिक और सांस्कृतिक संरचना की रीढ़ हैं। वे न केवल घर के युवाओं और बूढ़ों की देखभाल करती हैं, बल्कि अन्य काम भी करती हैं हाल ही में, उनके स्वास्थ्य की चिंता, नीति क्षेत्र में केंद्र बिंदुओं में से एक बन गई है। इसमें सरकार द्वारा महिलाओं के लिए शुरू किये गये विभिन्न स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रभाव का क्षेत्रीय अध्ययन से प्राप्त गहन विश्लेषण प्रस्तुत किया गया है। महिलाओं के स्वास्थ्य पर असर डालने वाले कार्यक्रमों जैसे एनआरएचएम (एनएचएम), जेएसवाई, जेएसएसवाई, वीएचएनडी, आरसीएच, एआरएसएच, आरबीएसके और टीकाकरण कार्यक्रमों के प्रभाव को विस्तार से कवर किया गया है। एकत्र किए गए तथ्यों के आधार पर निष्कर्ष निकाले जाते हैं। इस तथ्यों के विश्लेषण से पहाड़ी गांवों में स्वास्थ्य कार्यक्रमों की सच्ची तस्वीर की गहरी जानकारी मिलती है। इसमें महिला-स्वास्थ्य संबंधी मुद्दों और विभिन्न सरकारी कार्यक्रमों के प्रभाव पर गहन अध्ययन और क्षेत्रीय वास्तविकता प्रस्तुत करती है। ग्रामीण महिलाओं के लिए स्वास्थ्य सशक्तिकरण सूचकांक (एचईआई) की गणना की एक पद्धति भी तैयार की गई है। अध्ययन क्षेत्र में ग्रामीण महिलाओं पर स्वास्थ्य योजनाओं के प्रभाव का मूल्यांकन

करने का प्रयास किया गया है।

- **Mahapatro, Swain & Mishra (2023)-** यह पुस्तक भारत में राज्यों के अधिकार प्राप्त कार्य समूह में मातृ, नवजात एवं शिशु स्वास्थ्य (एमएनसीएच)- एसडीजी 3 का हिस्सा- की प्रगति पर नज़र रखती है। और एमएनसीएच सेवाओं तक पहुंच में असमानताओं, खराब पोषण के तंत्र, स्वास्थ्य व्यय और गरीबी, स्वास्थ्य प्रणाली की संरचनात्मक बाधाओं से संबंधित कई मुद्दों को उजागर करती है, जो कार्यक्रमों के प्रभावी कार्यान्वयन में बाधा डालते हैं। इस पुस्तक के द्वारा राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन (एनआरएचएम) से पहले और बाद के बीच माताओं, नवजात शिशुओं और बच्चों के स्वास्थ्य और पोषण की बदलती विशेषताओं की जांच करना, मां और बच्चों के प्रजनन स्वास्थ्य और कल्याण का अध्ययन, भोजन, कुपोषण जैसे खराब स्वास्थ्य और पोषण के कारणों का विश्लेषण, स्वास्थ्य व्यय, दरिद्रता और मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं तक पहुंच पर इसके प्रभाव की जांच, मातृत्व को कम करने के लिए रणनीतिक हस्तक्षेप का प्रस्ताव; नवजात और बाल मृत्यु दर और पोषण संबंधी स्थिति में सुधार संबंधित आदि कारकों को इस पुस्तक में वर्णित किया गया है। यह सार्वजनिक स्वास्थ्य, विशेष रूप से मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य विशेषज्ञों, लिंग अध्ययन, विकास अध्ययन और सार्वजनिक नीति के विद्वानों और शोधकर्ताओं के लिए बहुत महत्वपूर्ण रहेगा।

- **चावला, सुवर्णा एवं अग्रवाल (2023)** ने महिला स्वास्थ्य पुनर्वास में लिंग असमानताओं की एक विस्तृत श्रृंखला शामिल की है और विभिन्न स्वास्थ्य चुनौतियों का सामना करने वाली महिलाओं की समग्र जागरूकता को बढ़ाने और सुधार को बढ़ावा देने के लिए की गई प्रणालियों एवं योजनाओं का समर्थन करता है। उनके अध्ययन में महिलाओं के स्वास्थ्य से संबंधित अनुसंधान में महत्वपूर्ण विस्तार देखा गया है, जो जीवन भर महिलाओं की अनूठी जरूरतों और अनुभवों की बढ़ती पहचान को दर्शाता है। यह अनुरूप पुनर्वास कार्यक्रमों के महत्व पर प्रकाश डालता है जो प्रजनन स्वास्थ्य, मस्कुलोस्केलेटल विकार, मानसिक स्वास्थ्य स्थितियों और पुरानी बीमारियों सहित जीवन

के विभिन्न चरणों में महिलाओं की अनूठी जरूरतों और अनुभवों पर विचार करता है। स्वास्थ्य के शारीरिक, मनोवैज्ञानिक और सामाजिक आयामों को संबोधित करके, स्वास्थ्य देखभाल पेशेवर महिलाओं को फिर से कार्य करने, जीवन की गुणवत्ता में सुधार करने और समग्र कल्याण प्राप्त करने के लिए सशक्त बनाती है। इसमें महिलाओं के स्वास्थ्य पुनर्वास में पहल पर लिंग समानता की भी चर्चा की गई है, जो महिलाओं की विशिष्ट स्वास्थ्य देखभाल आवश्यकताओं के लिए नए रास्ते प्रदान करता है।

- **जेली, शर्मा ,शर्मा.आर0 एवं सक्सेना (2023)-** ने अपने लेख में भारत वर्ष 2030 तक मातृ मृत्यु अनुपात को 70/1,00,000 जीवित जन्मों तक कम करने के उद्देश्य से सतत विकास लक्ष्य को प्राप्त करने का प्रयास कर रहा है। राष्ट्रीय औसत के द्वारा, उत्तराखंड में मातृ मृत्यु दर 89/100,000 जीवित जन्म (2015-2017) है। क्योंकि प्रसव प्रक्रिया के दौरान देखभाल में देरी, खराब परिवहन प्रणाली और मातृ देखभाल के लिए अपर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं के कारण मातृ एवं शिशु मृत्यु दर सहित आदि कुछ इसके नकारात्मक कारण है। उत्तराखंड में, मातृ रक्तस्राव (22.9%), एक्लम्पसिया (14.6%), सेप्सिस (10.6%), गर्भाशय का टूटना (6.2%) और अस्थानिक गर्भावस्था (2.1%) इसके प्रत्यक्ष कारण थे। मातृ मृत्यु दर अप्रत्यक्ष कारण एनीमिया (16.6%), पीलिया (12.5%), गर्भावस्था के दौरान हृदय रोग (6.2%) और अन्य संचारी रोग (6.3%) थे। गर्भावस्था के समय उम्र, स्वास्थ्य योजनाओं का न होना, स्वास्थ्य देखभाल की पहुंच, जटिलताओं की उपस्थिति और ग्रामीण क्षेत्र में रहना अतिरिक्त जोखिम कारक थे। नवजात मृत्यु के सामान्य कारण जन्म के समय श्वासावरोध (20.4%) और समय से पहले जन्म (5.4%) थे, जबकि निमोनिया (26.1%), सेप्टीसीमिया (2.5%), डायरिया और तीव्र गैस्ट्रोएंटेराइटिस (19%) नवजात मृत्यु के बाद के सामान्य कारण थे। जबकि नवजात दौरे (3.54%), जन्मजात विसंगतियाँ (3.23%), अंतर्गर्भाशयी विकास प्रतिबंध (आईयूजीआर) (2.6%), और नवजात पीलिया (2.3%) कम सामान्य कारण बताए

गए थे। मातृ एवं शिशु मृत्यु दर के लिए बहुआयामी योगदान कारक बताए गए हैं, इसलिए इस मुद्दे के समाधान के लिए बहुआयामी दृष्टिकोण की आवश्यकता है।

- **मलिक एवं अख्तर (2023)-** मातृ स्वास्थ्य में असमानताओं की चुनौतियाँ बड़े पैमाने पर बनी हुई हैं, लेकिन बेहतर स्वास्थ्य प्राप्त करने के लिए, इन असमानताओं को कम करना होगा। वर्तमान में सार्वजनिक स्वास्थ्य विशेषज्ञों के सामने आने वाली गंभीर चुनौतियों और स्वास्थ्य संबंधी असमानताएँ का अध्ययन किया है। इन्होंने भारतीय जनसांख्यिकी स्वास्थ्य सर्वेक्षण (2023-24) के द्वारा, भारत में ईएजी राज्यों से संबंधित मातृ स्वास्थ्य असमानता और जोखिम कारकों को समझने का एक व्यापक प्रयास किया है। द्वि-चर, बहुभिन्नरूपी लॉजिस्टिक प्रतिगमन (Bi-variate, multivariate logistic regression) और एकाग्रता सूचकांकों का उपयोग किया गया। मातृ स्वास्थ्य में असमानताओं की चुनौतियाँ अभी भी बड़े पैमाने पर बनी हुई हैं, इसी तरह, संस्थागत प्रसव और परिवार नियोजन के बेहतर उपयोग की भूमिका भी मातृ एवं शिशु मृत्यु के जोखिम को कम करने में महत्वपूर्ण बताया है कि मातृ स्वास्थ्य में असमानता न केवल इन संस्थागत कारकों के कारण होती है, बल्कि साक्षरता, लिंग पूर्वाग्रह, सामाजिक-राजनीतिक के अलावा सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय कारक जोखिम को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं, जैसे आयु शिक्षा, कामकाजी स्थिति, धर्म, पर्यावरण और देखभाल की गुणवत्ता स्वास्थ्य देखभाल प्रणालियों तक पहुंच, जागरूकता और उपलब्धता की कमी के कारण मातृ स्वास्थ्य में असमानताएं भी उत्पन्न होती हैं । इसके अलावा, लैंगिक असमानता और महिलाओं की निम्न सामाजिक स्थिति और अशक्तीकरण मातृ स्वास्थ्य और मातृ स्वास्थ्य सेवाओं की मांग को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित करते हैं। इन्होंने कमजोर आबादी के बीच खराब स्वास्थ्य स्थितियों के कारण स्वास्थ्य देखभाल सेवाओं में असमानता की ओर ध्यान आकर्षित किया है । जिससे पता चला कि सार्वजनिक स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता में सुधार की आवश्यकता है। जोकि यह मातृ स्वास्थ्य परिणामों को कम करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकता है।

शोध अंतराल (RESEARCH GAP)

1. भारत में संचालित परिवार कल्याण कार्यक्रम के अंतर्गत ग्रामीण क्षेत्र में मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढांचे, गुणवत्तापूर्ण सुविधाओं की निम्नता पाई गई है।
2. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के अंतर्गत स्वास्थ्यकर्मियों (दाइयों/एएनएम/आशाओं) में उचित प्रशिक्षण का अभाव पाया गया है।
3. ग्रामीण क्षेत्र में महिलाओं एवं स्वास्थ्यकर्मियों के बीच उचित व्यवहार का अभाव पाया गया है।
4. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का महिलाओं के स्वास्थ्य पर प्रभाव का समाजशास्त्रीय अध्ययन आगरा जनपद के ग्रामीण क्षेत्र में नहीं किया गया है।

समस्या का कथन (STATEMENT OF THE PROBLEM)

भारत एक ग्रामीण बहुलता वाला देश है, लेकिन फिर भी भारत में स्वास्थ्य संबंधी अवसंरचना का 75% भाग शहरी क्षेत्रों में स्थापित है (संयुक्त राष्ट्र की रिपोर्ट, 2020) जबकि जनगणना 2011 के अनुसार देश की संपूर्ण जनसंख्या का लगभग 68.8 % भाग गांव में रहता है। वैश्विक स्तर पर प्रतिदिन 800 महिलाओं की मृत्यु गर्भावस्था और शिशु के जन्म के दौरान नियंत्रण न किए जाने वाले कारकों के कारण हो जाती है, जिसमें से 20% महिलाएं भारतीय हैं। ग्रामीण क्षेत्रों की अविकसित अवसंरचना, जागरूकता का अभाव, अशिक्षा, शहरों से दूरी, यातायात के साधनों की कमी आदि महिलाओं के स्वास्थ्य संबंधी विकास में आज भी चिंता का विषय बना हुआ है, जिनके कारण केवल 33% प्रसव स्वास्थ्य संस्थाओं में होते हैं। अधिकतर गर्भवती महिलाएं स्वास्थ्य के अपर्याप्त आधारभूत ढांचे और ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य संरचना पर कम व्यय के कारण स्वास्थ्य सेवा देने वाली स्वास्थ्य संस्थाओं में नहीं जाती है जो गर्भवती महिला और नवजात की मृत्यु का एक बड़ा कारण बनता है । लेकिन ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं की मृत्यु गर्भावस्था व शिशु जन्म के दौरान सही इलाज न मिलना या उनमें जागरूकता का अभाव पाया जाना इसका मुख्य कारण है। क्योंकि ग्रामीण भारत में महिला स्वास्थ्य से संबंधित स्वास्थ्य सुविधाओं की पहुंच शहरों की अपेक्षा बहुत धीमी है।

अध्ययन का महत्व (IMPORTANCE OF THE STUDY)

प्रस्तावित अध्ययन "**राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तथा महिलाओं का स्वास्थ्य: एक समाजशास्त्रीय अध्ययन (आगरा जनपद के विशेष संदर्भ में)"** एक समाजशास्त्रीय अध्ययन है और मुख्य रूप से प्राथमिक डेटा पर आधारित होगा, जिसमें उपकेंद्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों एवं सामुदायिक स्वास्थ्य उपकेंद्रों पर पंजीकृत गर्भवती महिलाएं शामिल होंगी। जो न केवल समस्याओं का अध्ययन करेगा । बल्कि माता एवं नवजात की मृत्यु के आंकड़ों में कमी लाने के उद्देश्य से संस्थागत प्रसव में बढ़ावा देने के लिए महिलाओं की सुरक्षा, अधिकार, कार्यक्रम और नीतियां आदि स्वास्थ्य सुविधाओं का भी अध्ययन करेगा। जिससे गर्भवती महिलाओं का प्रसव प्रशिक्षित स्वास्थ्यकर्मी की देखरेख में हो सके और मातृत्व एवं नवजात शिशु की मृत्यु दर में कमी आ सके। वर्तमान अध्ययन माताओं और बच्चों के स्वास्थ्य संबंधी देखभाल, सेवाओं और सुविधाओं की प्रभावशीलता और उपयोगिता को निर्धारित करने पर जोर देगा। यह अध्ययन गर्भवती महिलाओं के लिए विभिन्न संचालित नीतियों के बारे में जागरुकता और उपयोगिता पर प्रकाश डालेगा। यह अध्ययन समाज को एक सकारात्मक दृष्टि देने के साथ-साथ सरकारी नीति निर्धारण में भी अपना योगदान सिद्ध करेगा।

अध्ययन के उद्देश्य (OBJECTIVES OF THE STUDY)

1. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति का अध्ययन करना।
2. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं के लिए संचालित स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रति जागरूकता के स्तर का अध्ययन करना।
3. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत महिलाओं में संस्थागत प्रसव एवं उपलब्ध सेवाओं के तहत मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल का अध्ययन करना।
4. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत मिलने वाली सुविधाओं का महिलाओं के स्वास्थ्य पर पड़ने वाले प्रभावों का अध्ययन करना।
5. राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन के तहत महिलाओं को लाभ पहुंचाने में स्वास्थ्यकर्मियों की भूमिका का अध्ययन करना।

उपकल्पना (HYPOTHESIS)

1. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति निम्न है।
2. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं के लिए संचालित स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रति जागरूकता का अभाव है।
3. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं के लिए संस्थागत प्रसव एवं उपलब्ध सेवाओं के तहत मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल के स्तर में निरंतर वृद्धि हुई है।
4. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत मिलने वाली सुविधाओं का महिलाओं के स्वास्थ्य पर सकारात्मक प्रभाव पड़ता है।
5. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत पंजीकृत महिलाओं की स्वास्थ संबंधित देखभाल एवं शिशु संबंधी निगरानी प्रक्रिया में स्वास्थ्यकर्मी महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं।

शोध पद्धतिशास्त्र (RESEARCH METHODOLOGY)

अध्ययन की प्रकृति (Nature of the study)- प्रस्तावित शोध कार्य में मात्रात्मक एवं गुणात्मक प्रकृति का प्रयोग किया जाएगा।

शोध अभिकल्प (Research Design)- प्रस्तावित शोध **राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन तथा महिलाओं का स्वास्थ्य: एक समाजशास्त्रीय अध्ययन** में वर्णनात्मक एवं व्याख्यात्मक शोध प्ररचना का प्रयोग किया जाएगा। जिसमें न केवल तथ्यों को संकलित कर उनका वर्णन किया जाएगा, बल्कि संकलित तथ्यों के मध्य कार्य-कारण संबंधों के आधार पर व्याख्या की जाएगी।

अध्ययन का क्षेत्र (Area of study)- प्रस्तावित अध्ययन के लिए उत्तर प्रदेश राज्य के आगरा जनपद को उद्देश्य पूर्ण आधार पर चयनित किया गया है। आगरा जनपद उत्तर पश्चिम भारतीय समाज का प्रतिनिधित्व करता है। आगरा जनपद जहां एक ओर राष्ट्रीय राजधानी क्षेत्र दिल्ली के समीप होने के कारण विकास की अग्रिम पंक्ति में है, वहीं दूसरी ओर इसका बृहद ग्रामीण क्षेत्र परंपरा से भी जुड़ा हुआ है। अतः परंपरा एवं आधुनिकता का संगम इसकी विशिष्टता है।

अध्ययन का समग्र/जनसंख्या (Universe of study)- प्रस्तुत अध्ययन राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन का ग्रामीण

महिलाओं के स्वास्थ्य का अध्ययन का समग्र आगरा जनपद के ग्रामीण क्षेत्र में इस योजना के तहत पंजीकृत सभी लाभार्थी महिलाएं हैं।

निदर्शन (Sampling)- प्रस्तुत अध्ययन में तीन स्तरीय देव निदर्शन प्रणाली का प्रयोग कर उत्तरदाताओं का चयन किया जाएगा। प्रथम स्तर पर आगरा जनपद के कुल 15 ब्लॉक है, जिनमें से 3 ब्लॉकों (20%) का चयन किया जाएगा। दूसरे स्तर पर इन चयनित 3 ब्लॉकों (बिचपुरी, अकोला तथा अछनेरा) में सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (सीएचसी) में पंजीकृत लाभार्थी महिलाओं (आयु 15-49 वर्ष) की संख्या क्रमशः 2096, 2616 एवं 2957 हैं। इनमें से प्रत्येक ब्लॉक का 5% (384) इकाइयों का उद्देश्यपूर्ण निदर्शन द्वारा चयन किया जाएगा।

तालिका 1 चयनित ब्लॉक के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

क्र0सं0	**ब्लॉक**	**पंजीकृत लाभार्थी महिलाओं की संख्या (आयु 15-49 वर्ष)**	**निदर्शन (5%)**
1.	बिचपुरी	2096	105
2.	अकोला	2616	131
3.	अछनेरा	2957	148

तालिका 2 सम्पूर्ण ब्लॉक के सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र

क्र0 सं0	**ब्लॉक**	**सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHCs)**	**पंजीकृत महिलाओं की संख्या**	**प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र (PHC)**
1	अछनेरा	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), अछनेरा	2,957	हसैला प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र रुनकता प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र साधन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
2	अकोला	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), अकोला	2,616	मलपुरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र जैंगारा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
3	बाह	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), बाह	2,362	होलीपुरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पिचोला प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बासोनी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र खेड़ादेवीदास प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
4	बरौली अहीर	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), बरौली अहीर	3,473	कुडोल प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तनौरानूरपुर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र इटोरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र श्यामो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सेमरी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

5	बिचपुरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), बिचपुरी	2,096	बरारा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र मिढ़ाकुर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र दहतोरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
6	एत्मादपुर	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), एत्मादपुर	2,408	चावली प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र अहरन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बरहन प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र नगला महासिंह प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
7	फतेहाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), फतेहाबाद	2,655	कुतुबपुरगुजर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र निबोहरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पैंतीखेड़ा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
8	फतेहपुर सीकरी	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), फतेहपुर सीकरी	2,402	दूरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र भैरावती प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सागरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
9	जगनेर	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), जगनेर	1,518	नौनी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बसई जगनेर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सरैंधी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
10	जैतपुर कलां	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), जैतपुर कलां	1,401	घड़िया प्रतापपुरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र नोगवान प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
11	खंदौली	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), खंदौली	2,376	बमानी प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र पीलीपोखर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
12	खेरागढ़	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), खेरागढ़	2,110	कागारौल प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र दिगरोता प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र अयेला प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
13	पिनाहट	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), पिनाहट	2,150	जगतुपुरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र सेहा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र बसई जगनेर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
14	सैयां	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), सैयां	1,924	तेहरा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र इरादतनगर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र
15	शमशाबाद	सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र (CHC), शमशाबाद	3,187	खुर्रा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र जयनगर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र

तथ्य संकलन के स्रोत (Source of Data Collection) - प्रस्तावित अध्ययन में प्राथमिक एवं द्वितीयक दोनों प्रकार के तथ्यों का संकलन किया जाएगा। प्राथमिक तथ्यों का संकलन क्षेत्रीय कार्य द्वारा उत्तरदाताओं से प्रत्यक्ष संपर्क स्थापित कर संरचित साक्षात्कार अनुसूची के माध्यम से किया जाएगा जबकि द्वितीय तथ्यों का संकलन विभिन्न प्रकार के शोधपत्रों, शोधपुस्तकों, सरकारी दस्तावेजों, पत्र-पत्रिकाओं तथा सरकारी एवं गैर-सरकारी संगठनों के प्रकाशनों से किया जाएगा।

तथ्य संकलन की प्रविधि (Method of Data Collection)- प्रस्तावित अध्ययन के उद्देश्यों एवं परिकल्पना को ध्यान में रखते हुए संरचित साक्षात्कार अनुसूची, असहभागी अवलोकन एवं केस स्टडी का प्रयोग किया जाएगा।

अध्ययन संयंत्र का निर्माण (construction of study Techniques)- प्राथमिक तथ्यों के संकलन हेतु अध्ययन संयंत्र के रूप में अध्ययन के उद्देश्यों को ध्यान में रखते हुए असहभागी अवलोकन व संरचित साक्षात्कार अनुसूची का निर्माण किया जाएगा।

पायलट अध्ययन (Pilot study)- शोधकर्ता द्वारा शोध विषय से संबंधित साक्षात्कार अनुसूची का निर्माण किया गया। जिसका परीक्षण 10 महिलाओं से तथ्य प्राप्ति के बाद किया गया है। पायलट अध्ययन के बाद साक्षात्कार अनुसूची में वांछनीय सुधार किए जाएंगे।

नैतिक विचार (Ethical Consideration)- तथ्य संग्रह से पहले उत्तरदाताओं से सूचित सहमति ली जाएगी और सूचनादाताओं से प्राप्त जानकारी को पूर्णत: गोपनीय रखा जाएगा तथा उनसे सहानुभूति पूर्ण प्रश्न पूछे जाएंगे।

नीति क्रियान्वयन (Policy Implication)- शोध को विस्तृत एवं सामाजिक रूप से उपयोगी बनाने हेतु संभावित सभी कारकों को सम्मिलित किया गया है। शोध को विस्तृत एवं सामाजिक रूप से उपयोगी बनाने हेतु संभावित सभी कारकों को सम्मिलित किया जाएगा। प्राप्त तत्वों के विश्लेषण के आधार पर नीति निर्माण को उचित सुझाव दिए जाएंगे। जिससे एनआरएचएम को और अधिक प्रभावित रूप से लागू करके महिलाओं को स्वास्थ्य सेवाओं का उचित लाभ मिल सके।

प्रस्तावित अध्याय सूची

प्रथम अध्याय:

- प्रस्तावना
- अवधारणा का स्पष्टीकरण
- सिद्धांत अभिमुखन
- साहित्य का पुनरावलोकन

- शोध अंतराल
- समस्या का कथन
- अध्ययन का महत्व
- अध्ययन के उद्देश्य
- अध्ययन की उपकल्पना
- शोध पद्धतिशास्त्र

द्वितीय अध्याय:

- उत्तरदात्रियों की सामाजिक-आर्थिक स्थिति |

तृतीय अध्याय

- महिलाओं में स्वास्थ्य कार्यक्रमों के प्रति जागरूकता |

चतुर्थ अध्याय:

- महिलाओं में संस्थागत प्रसव एवं उपलब्ध सेवाओं के तहत मातृत्व एवं शिशु स्वास्थ्य देखभाल|

पंचम अध्याय:

- स्वास्थ्य सुविधाओं का महिला स्वास्थ्य पर प्रभाव |

षष्टम अध्याय

- राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन में संलग्न स्वास्थ्यकर्मियों की भूमिका |

सप्तम अध्याय:

- निष्कर्ष एवं सारांश
- उपकल्पनाओं की जांच
- क्षेत्र अनुभव एवं आगामी अध्ययन हेतु सुझाव

- साक्षात्कार-अनुसूची
- संदर्भ ग्रंथ सूची

संदर्भ सूची

- Bhatia, J. C., & Cleland, J. (1995). Determinates of Maternal Care in a region of South India. *National Centre for Epidemiology and Population health.* 5(2)(OCTOBER 1995), pp. 127-142. https://www.jstor.org/stable/40652193.
- Bakshi, H.N., Kotecha, P.V., & Patel, S.V. (2015). Validation of the Immunization Data Reported Under Health Management Information System by the Primary Health Centre of Rural Vadodara. *Journal of Health Management.* *17*(2). 154-162. Sage Publication. https://doi.org/10.1177/0972063415575787
- Bano, N., Dahiya, R., & Kumari, A. (2020). A Review Critical: Impact Assessment of Janani Suraksha Yojana (JSY) in Term of, Knowledge, Attitude and Service Utilization Pattern of Women Beneficiaries. *International Journal of Current Microbiology and Applied Science. 9*(12) https://doi.org/10.20546/ijcmas.2020.912.422.
- Bisht, I. (2022). Health Programmes and Empowerment of Rural Women: An Evaluation with Special Reference to District Almora, Uttarakhand. Bluerose Publishers Pvt. Ltd. First Edition (24 March 2022); Bluerose Publishers Pvt. Ltd.
- Chawla, J., Suvarna, G., & Aggarwal, R. (2023). Women's health rehabilitation in 21st century 1st-quarter experiences of research – Lessons learned and road ahead. *Physiotherapy - The Journal of Indian Association of Physiotherapists.* 17(1). *DOI:* 10.4103/pjiap.pjiap_14_23.
- Dey, A. et.al. (2017). Discordance in self-report and observation data on mistreatment of women by providers during childbirth in Uttar Pradesh, India. *Reproductive health.* *14*(149). https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0409-z.
- Engel, G.E. (1977). Health and Science. 196; 129-136
- Goel, S.L. (1980). An exercise in health manpower planning: A case study of Haryana, in Health Care Administration: Policy Making and Planning, Sterling Publishers Pvt. Ltd; New Delhi, pp. 60-65.

- Government of India, National Rural Health Mission. (2005-12). Mission Document. Available at: http://www.phbnrhm.org/docs/mission. doc.pdf. Accessed on 25 November 2017.
- Hassan, K. A. (1967). The Cultural Frontiers of Health in Village of India. Manaktalas, Bombay Publication.
- Janani Shisu Suraksha Yojana. (2011). Ministry of Health and Family Welfare. https://jalaun.nic.in/hi/scheme/.
- Jelly, P., Sharma, S.K., Sharma, R., & V, Saxena. (2023). A Comprehensive Review of Causes and Determinants of Maternal and Infant Mortality in Uttarakhand. *Journal of Health Management*. *Journals Sagepub*. 25(2) 291-298. https://doi.org/10.1177/09720634231175747.
- Kochar, G. K., & Khetarpal, A. (2007). Health of being of Rural Women. *The International Journal of Nutrition and wellness. 3(1)* http://ispub.com/IJNW/3/1/5467#.
- Kumar, R. (2021). Impact of National Health Mission of India on Infant and Maternal Mortality: A Logical Framework Analysis. *Sage Journals*. *23*(1). https://doi.org/10.1177/0972063421994988.
- Kumar Singh, P. (2023). Rashtriya Gramin Swasthya Mission. राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन. अभिगमन तिथि 2023-02-26.
- Lwiwanini, K. (2021). National Rural Health Mission: A study of ASHA on Health Care Practices in Rural Area of Megalaya. North Eastern Hill University.
- Marwah, S. M., & Gupta, V. M. (1971). Role for Hospital in Community Health of Primary Health center level, District Level and Medical College Level with Illustrative Example In Chiraigon Block Workshop In Role Of Hospital In Community. *Organized by Coordination Agency for Health Planning, At Varanasi, New Delhi.*
- Maternal Health- Janani Suraksha Yojana. (2006). Ministry of Health and Family Welfare. Government of India. https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/FEATURES%20FREQUENTLY%20ASKED%20QUESTIONS.pdf.
- Mukharjee, S. (2010). A study on the effectiveness of NRHM in terms of reach and Social Marketing

Initiatives in Rural India. *European journal of Scientific Research*. 42(4): 587–603.

- Mishra, P. S., Kumar, P., & Shrivastava, S. (2021). Regional inequality in the Janani Suraksha Yojana coverage in India: a geo-spatial analysis. *International Journal for Equity in health.* https://doi.org/10.1186/s12939-020-01366-2.
- Mahapatro, S. R., Swain, S., & Mishra, U. S. (2023). Health and Nutrition of Women and Children in Empowered Action Group States of India, Taylor & Francis Limited.
- Malik, A. (2023). Inequalities and policy gaps in maternal health among Empowered Action Group (EAG) States in India: Evidence from Demographic Health Survey. *The preprint server for health science. (medRxiv).* **doi:** https://doi.org/10.1101/2021.01.15.21249872.
- Nair, P.S., & Sukumari, N. (2002). Reproductive Child Health. *APH Publishing Co-Operation*. New Delhi.
- Natani, P. R., & Gautam, J. (2010). Gender and Society. Research Publication: New Delhi.
- Nair, H., & Panda, R. (2011). Quality of Maternal Healthcare in India: Has the National Rural Health Mission made a Difference? *National center for Biotechnology Information. Pubmed Central.* 2011 Jun; 1(1): 79–86. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3484741/.
- National Health Mission: Rural Health Statistics 2021-22. https://ruralindiaonline.org/en/library/resource/rural-health-statistics-2021-22/#section02.
- National Institute of Health and Family Welfare. (2014). Reports of National Committees and Commission.
- Park's, K., & Park. (2007). Text Book of Prevention and Social Medicine, Banarasi Das Bhanot. Pp- 12.
- Priya, R. & Hameed, S. (2023). Rethinking India: Dreams of a Healthy India. Publisher: Vintage Books (26 June 2023). ISBN-13: 978-0670093021.
- Ramani, K.V., & Govil. (2008). Strategic Issues in Health Management. *Journal of Health Management.* Sage publication. New Delhi.
- Rather, T., & Ahmad, W. (2022). Impact of National Rural Health Mission: A Public welfare Programme of the Government on Indian Health Sector. Published in *Research Gate. 16*(01).

DOI:10.37896/jxu16.1/022.

- Simmons, R., Koenig, M. A., & Huque, A. A. (1990). Maternal- Child Health and Family Planning: user Perspectives and services constraints in Rural Bangladesh. *National center for Biotechnology Information. Pubmed Central.* 1990 Jul-Aug;21(4):187-96. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2219224/.
- Swaminathan, M. (2007). food and nutrition insecurity, Yojana, vol. 51, May, P.P 15-17.
- Singh, S.K., Kaur, R., Gupta, M., & Kumar, R. (2012). Impact of National Rural Health Mission on Perinatal mortality in India. *National center for Biotechnology Information. Pubmed Central.* 2012 Feb;49(2):136-8. doi:10.1007/s13312-012-0022-8.
- Satia, J. K., Mishra, M., Arora, R., & Neogi, S. (2013). Innovation in Maternal Health case studies from India, New Delhi. SAGE Publications.
- Sharma, A. k. (2014). The National Rural Health Mission: A Critique study. *Sociological Bulletin. 63*(2), 287-301. Sage Publication. New Delhi. https://www.jstor.org/stable/24431852.
- Sen, S., Chatterjee, S., Khan, P. K., & Mohanty, S.K. (2020). Unintended effects of Janani Suraksha Yojana on maternal care in India. *National center for Biotechnology Information.*
- https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100619.
- Sangwan, G., Lakshmi, P.V.M., Goel, A., Gupta, M., Prinja, S., & Kumar, R. (2021). Evaluation on the impact of National Health Mission on Maternal Health outcomes. *International Journal of Epidemiology. 50(1).* https://doi.org/10.1093/ije/dyab168.579.
- Tabish, S. A. (2000). Historical Development of Health Care in India. Hospital & Health Services Administration: Principles & Practice (pp.23-28). Chapter: Health Planning: Past, Present & Future Publisher: Oxford University Press.
- United Nations Millennium Development Goals website, retrieved 21 September 2013
- United Nations. The Millennium Development Goals Report 2014. United Nations, New York, 2014. Accessible at: http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf. Accessed 25/10/14

- UNFPA. (2016). Concurrent Assessment of Janani Suraksha Yojana in Selected States. https://india.unfpa.org/en/publications/concurrent-assessment-janani-suraksha-yojana-jsy-selected-states.
- Vats, A. (2020). Nutritional and health status of Rural form women in Tehri Garhwal District of Uttaranchal State. Asian Journal of Bio-Science, 2 (1). 45-47.
- Waghmare, R., Venkiteswaran, S., & Barua, A. (2003). Implementing reproductive and child health services in rural Maharashtra, India: A Pragmatic approach. *Reproductive health Matter*. 2003May;11(21):140-9. doi: 10.1016/s0968-8080(03)02162-1.
- आयुष्मान भारत: राष्ट्रीय स्वास्थ्य सुरक्षा मिशन. स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय https://hi.vikaspedia.in/health/nrhm.
- लक्ष्मीराम, (1978). एक ग्रामीण समुदाय में स्वास्थ्य की दशाओं का अध्ययन. वाराणसी जनपद के ग्राम बर्थराम कला पर आधारित पी0एच0डी0 शोध प्रबंध काशी हिंदू विश्वविद्यालय, वाराणसी.
- सारस्वत, ऋतु. (2010). “स्वस्थ भारत का अधूरा सपना” अप्रैल योजना 2010 वर्ष. अंक 4
- श्रीवास्तव, ए0 एल0. ‘चिकित्सा के समाज विज्ञान की रूपरेखा’ जीवन शिक्षा मुद्रणालय प्रा0 लिमिटेड, वाराणसी
- सिंह, ए0 (2021). राष्ट्रीय ग्रामीण स्वास्थ्य मिशन के तहत ग्रामीण क्षेत्र की महिलाओं के स्वास्थ्य का अध्ययन. काशी हिंदू विश्वविद्यालय.
- व्यास, एस., और शर्मा, डी (2013). समाज कल्याण एवं विधान, निखिल पब्लिशर्स एवं डिस्ट्रीब्यूटर्स, आगरा, पेज-96-100.
- मिशन इंद्रधनुष अभियान. (2015). मुक्त ज्ञानकोश विकिपीडिया. https://hi.wikipedia.org/wiki.
- राष्ट्रीय स्वास्थ्य मिशन. (2005). जिला दक्षिण पश्चिम, दिल्ली. https://dmsouthwest.delhi.gov.in/hi/scheme.